



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-478 - RECIDIVA DE HERNIA HIATAL TRATADA MEDIANTE COLOCACIÓN DE MALLA Y *BYPASS* GASTROYEYUNAL Y GASTRECTOMÍA SUBTOTAL COMO TÉCNICA ANTIRREFLUJO EN PACIENTE OBESA MÓRBIDA

Trinidad, Anna<sup>1</sup>; Paris Sans, Marta<sup>1</sup>; Vives Espelta, Margarida<sup>1</sup>; Raga, Esther<sup>1</sup>; Bartra, Elia<sup>1</sup>; Hernández, Mercedes<sup>1</sup>; Sabench Pere Ferrer, Fatima<sup>2</sup>; del Castillo Déjardin, Daniel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sant Joan, Reus; <sup>2</sup>Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

### Resumen

**Introducción:** De todos los pacientes con hernia de hiato a los que les realiza una reparación de hiato menos del 12% presenta recidiva de la clínica de reflujo gastroesofágico. Únicamente el 3-6% precisa reintervención. Presentamos el caso particular de una paciente con recidiva de hernia de hiato a la que proponemos una técnica antirreflujo optimizada.

**Caso clínico:** Paciente de 62 años con antecedentes médico-quirúrgicos de HTA, asma e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Presenta reflujo gastroesofágico clínico que no mejora con optimización farmacológica. Se solicita una endoscopia digestiva alta que identifica una hernia de hiato tipo II moderada que asocia esofagitis grado A de la clasificación de Los Ángeles. Los resultados de la manometría fueron normales. En el TAC abdominal se confirma diagnóstico y se visualizan colelitiasis. Ante los anteriores hallazgos se realiza una funduplicatura según técnica Toupet asociado a una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática. A los 4 años posoperatorios, la paciente se presenta a las consultas de cirugía bariátrica con una obesidad mórbida grado II (IMC 39). Comentando nueva clínica de reflujo gastroesofágico por lo que se reinicia estudio y, paralelamente, se deriva a la dietista hospitalaria y endocrinología para conseguir reducción ponderal. En la endoscopia digestiva alta se visualiza una pequeña hernia de hiato tipo I y en las biopsias astrales regladas se diagnostica de metaplasia intestinal. El resto de las pruebas de imagen confirman diagnóstico. A pesar del buen cumplimiento dietético de la paciente no se consigue reducción ponderal por lo que se decide reintervención quirúrgica combinando una técnica bariátrica antirreflujo y reparación de hernia de hiato. Se realiza una reducción de la hernia hiatal, cierre de pilares diafragmáticos y colocación de malla bicapa absorbible. Se desmontó funduplicatura Toupet previa y se asoció un *bypass* gastroyeyunal en Y de Rioux según técnica McLean Gagner y resección de remanente gástrico por metaplasia intestinal. En el posoperatorio inmediato la paciente evolucionó favorablemente, con buena tolerancia oral y con un tránsito intestinal de control sin alteraciones y buen paso por lo que se decide alta. En el seguimiento en consultas externas, la paciente se mantiene asintomática.

**Discusión:** En pacientes con recidiva de hernia de hiato es importante optimizar el tratamiento antirreflujo dando importancia a la pérdida ponderal y en casos de obesidad mórbida, se debería plantear la opción de asociar una cirugía bariátrica para intensificar este fin. Disponer de un equipo multidisciplinar con nutricionista y endocrinólogo es hoy día imprescindible en un programa de cirugía bariátrica.